LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Maladies des organes génitaux : Note sur l'ulcération blennorrhagique, par le Dr Jullien, 725 — **Revue de la presse :** Sur le traitement du cancer par l'extrait de chélidoine, 725. — **Académie de médecine** : *Séance du 2 novembre.* — Présidence de M. Hervieux, 727. — Rayons de Rœntgen, 727. — Structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique, 727. — Pathogénie et traitement des impotences fonctionnelles 728. — Sur le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. 728. — Le sang de congénère dans la tuberculose acquise 728. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 30 octobre* — Présidence de M. d'Heilly, 729 — Péritonite par perforation de la vésicule biliaire. Grossesse. Lapa otomie. Guérison, 729. — Gastro-entérotomie et affection de l'estomac, 729. — Epistaxis, 729. — **Société de chirurgie** : *Seance du 4 novembre.* — Présidence de M. Ch. Monod, 729 — Extirpation du rectum dans le cas d'envahissement total, 729 — Complication des otites. 730. — Prolapsus du rectum; procédé opératoire, 730 — Double pied bot varus équin et double luxation congénitale de la hanche. Guérison des pieds bots, 730. — **Société médicale du VIe arrondissement**, 730. — *Séance du 25 novembre* 1895. — Présidence de M. Verchère, 730. — **Société des médecins inspecteurs des écoles**, 732. — *Séance du 24 octobre.* — Présidence de M. Thominet, 732 — L'école primaire à Berlin, 732. — **Congrès français de chirurgie** : Du traitement des pieds bots, 733 — Traitement du pied bot varus équin invétéré, 733 — Traitement des pieds bots congénitaux, 734 — Traitement des pieds bots. 734. — Indications de la tarsectomie postérieure dans les pieds bots varus équins rebelles, 734. — **Nouvelles**, 735. — **Bulletin bibliographique**, 740.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX

Note sur l'ulcération blennorrhagique.

par le Dr L. Jullien.

Chirurgien de Saint Lazare.

Je désire appeler l'attention sur les pertes de substance qui succèdent parfois au processus blennorrhagique, et les complications qui peuvent en découler,

Les muqueuses aptes à contracter la blennorrhagie sont pourvues d'un réseau superficiel sous épithélial de canalicules lymphatiques, et leurs différentes couches d'une délicatesse particulière s'infiltrent avec une grande facilité. Quand le gonocoque, et les microbes auxquels il s'associe secondairement, les ont pénétrées, elles sont fatalement vouées à l'élimination, de là résultent des nécroses superficielles et des pertes de substance. « La desquamation épithéliale souvent très prononcée, écrivais-je en 1878 (*Traité des maladies vénériennes*, page 46) peut produire, tantôt un simple dépoli, tantôt une dépression réelle de la muqueuse; est-ce une ulcération? non, si l'on entend désigner par ce mot une plaie anfractueuse ; et intéressant profondément les parois du canal — c'était là l'erreur ancienne professée par Wirsung et Marc Aurèle Séverin — mais, si l'on comprend sous cette dénomination une excoriation secondaire superficielle, semblable à celles que l'on trouve sur le prépuce et sur le gland dans la balanite, il faut bien avouer que nous sommes là en présence d'une ulcération, ulcération qui du reste s'arrêtera toujours à ce premier degré, et, à l'état aigu tout au moins, se limitera constamment aux éléments les plus superficiels. » Les résultats fournis par l'endoscopie ont fortifié cette manière de voir en permettant de constater, dès le huitième jour d'une blennorrhagie aiguë, des taches d'un rouge plus ou moins ardent, désignées par les auteurs sous le nom d'*érosions granuleuses* (Horteloup), d'urétrite papillaire (Tarnowsky); et plus rarement des ulcérations vraies (Furbringer). Rappellerai-je avec Guiard, qu'en face de ces constatations, Cruveilhier et Désormeaux paraissaient disposés à croire, comme les anciens, que l'écoulement blennorrhagique provenait primitivement d'ulcérations superficielles.

Ces phénomènes qui se déroulent en dehors de notre observation directe, dans les profondeurs du canal, deviennent parfois très apparents sur les lèvres tuméfiées du méat, au cours des blennorrhagies aiguës et fortement purulentes. « Dans les cas les plus violents, écrit Finger, l'ectropion des lèvres du méat s'exagère, la muqueuse en est souvent excoriée et saigne facilement, le prépuce est œdémateux et se rubéfie quelquefois, ces altérations s'étendent plus ou moins sur la peau du pénis (*La blennorrhagie et ses complications*, p. 57, 1894). Leloir a donné de ce symptôme une description parfaite dans son travail sur les pyodermites (*Journal des maladies cutanées et syph.* 1895, p. 1). L'érosion blennorrhagique chancriforme, c'est ainsi qu'il dénomme cette lésion, peut, dans certains cas, atteindre l'étendue d'une pièce de 20 centimes, et très rarement d'une pièce de 50 centimes; elle est plane ou légèrement cupuliforme, comme constituée par l'abrasion, au moyen du rasoir ou d'une gouge, d'une tranche de la muqueuse. Son fonds est rouge, chair musculaire, ou d'un jaune gri-

sâtre parfois piqueté de points rouges, indices de l'altération du sommet des papilles. La base est le siège d'une induration prononcée, profonde, circulaire, entourant le méat, et donnant à ce niveau la sensation d'un disque en caoutchouc dur, très épais. Cette lésion, peu douloureuse par elle-même, peut devenir, au moment de la miction, le siège de cuissons intolérables; pour beaucoup de malades, on sait d'ailleurs que le méat est le véritable siège de la brûlure produite par le contact des urines.

Un autre exemple de perte de substance accompagnant la blennorrhagie s'observe dans la propagation de ce catarrhe à la muqueuse de l'anus et du rectum; l'examen recherche en pareil cas la constatation de trois signes qui forment comme le trépied du diagnostic, la *goutte*, le *condylome* et la *fissure* ; je ne dois envisager ici que le second. « La muqueuse anale est molle et tuméfiée, œdémateuse, écrivent Quénu et Hartmann (*Chirurgie du rectum*, p. 74), elle est excoriée, les érosions rappellent par leur forme, leur couleur, celles que l'on observe dans la balanite; souvent, entre les plis tuméfiés, on voit se creuser des fissures très douloureuses ». Tuttle (*New York med. Journ.*, 1892, t. 1, p. 79) écrit de même : « çà et là on voit des plaques excoriées ou même réellement ulcérées ». Frisch a pu examiner à l'autopsie d'une phtisique un ulcère blennorrhagique développé sur la muqueuse rectale (*Annales de dermat.* 1892, p. 330). D'après mes observations, la fissure se présente sous la forme d'une excoriation longitudinale, siégeant sur la paroi antérieure du conduit, souvent cachée au fond d'un pli, et ne dépassant pas habituellement les limites de la région sphinctérienne. Etroite et superficielle, elle est rarement disposée aux hémorrhagies, mais j'ai pu la voir sous la forme d'une rigole large et profonde, sensible au contact du doigt ou des matières. Elle se révèle par sa teinte blanc jaunâtre, tranchant sur le fond rouge framboisé de la muqueuse environnante. Sa durée est indéfinie, c'est une lésion stationnaire qui ne progresse guère, et qui dure autant que le catarrhe lui-même, c'est-à-dire très longtemps, qui même en prolonge considérablement la durée. Dans 4 cas récents observés à Saint-Lazare, je note que les malades séjournèrent dans mon service 116 jours, 174 jours, 144 jours, 169 jours., ce qui donne une moyenne de 153 jours, soit 5 mois; encore ne suis-je pas sûr que le mal n'ait pas récidivé après que les femmes furent rentrées chez elles.

La muqueuse vulvaire n'est pas exempte de cette complication ; dans le point le plus exposé au contact de la sécrétion blennorrhagique, à la fourchette, s'observe souvent une fissure qui peut en imposer pour un chancre, une grande attention est nécessaire pour éviter cette méprise ; mais l'expérience la plus avisée ne permet pas toujours d'éviter l'erreur en face des lésions qui se localisent sur la partie des petites lèvres où débouchent les conduits bartholiniques. On sait que les glandes vulvo-vaginales sont très fréquemment envahies par le gonocoque, et, à sa suite, par différents microbes. Leur sécrétion devient purulente, et tout autour de leur conduit excréteur s'établit une zone vasculaire, dépolie d'abord, puis érosive, et bien souvent franchement ulcéreuse. Il faut parfois attendre avant de se prononcer, et se rappeler que tandis que les chancres évoluent et se modifient, l'ulcération blennorrhagique n'a aucune tendance spontanée à s'amender. Nul n'a mieux insisté sur ce point que mon excellent collègue Verchère dans son *Traité de la blennorrhagie chez la femme*.

On pourrait poursuivre l'étude du processus que nous étudions jusque dans les organes profonds, et montrer l'excoration, puis l'ulcération, s'établissant sur le col utérin, à la faveur de l'endocervicite spécifique, du gonocoque et de ses alliés, pour y créer un état morbide d'une durée ici encore indéterminée.

Dans tous ces cas l'examen histologique fait plus ou moins aisément retrouver l'agent spécifique. C'est sur la muqueuse anale que sa présence est le plus facile à constater, puisque la goutte qui la recouvre est généralement riche en gonocoques. J'ai vu du pus ano-rectal qu'il eût été impossible de distinguer l'un pus urétral, soit à l'œil nu, soit sur des préparations. « Lorsqu'on examine histologiquement au début, écrit Leloir (*loc. cit.*) des parcelles de grattage ou de minces sections de la muqueuse altérée, l'on constate, au niveau de l'épiderme muqueux, les lésions de la dépapilation ou de l'altération pseudo-membraneuse des muqueuses à épithelium pavimenteux stratifié. On trouve en outre, sur la muqueuse altérée, de nombreux microcoques, staphylococci, et dans certains cas même l'on peut rencontrer aussi des gonocoques de Neisser. L'érosion blennorrhagique chancriforme est donc une véritable pyodermite érosive, déterminée par le pus qui s'écoule de l'urètre ».

Après avoir établi l'existence de l'ulcère blennorrhagique, je voudrais insister sur les complications dont il peut être l'occasion et le siège, me bornant dans cette note à des déductions surtout théoriques.

Verchère l'a très bien dit à propos de la blennorrhagie vulvaire, ces lésions offrent une porte d'entrée largement ouverte aux inoculations. Cette mise à nu des bouches absorbantes, ainsi que je l'écrivais moi-même (Livre pour le jubilé du Prof. Lewin, Berlin 1895), crée une réceptivité toute spéciale pour les virus, et permet de concevoir toute une série de chancres mixtes, sur lesquels on n'a pas jusqu'ici appelé l'attention, et que je vais essayer de passer en revue.

1° Chancre mixte blenno-chancrelleux, par l'association de l'érosion blennorhagique sur laquelle vient

se greffer la chancrelle ou chancre mou. Cette forme n'est pas très rare. J'ai souvenance d'en avoir vu d'assez nombreux exemples chez les sujets, hommes ou femmes, porteurs en même temps d'un écoulement et d'un chancre mou du méat. Les observateurs devront s'attacher à mettre en évidence le gonocoque de Neisser et le strepto-bacille de Ducrey. Cette double condition, que mes observations antérieures ne pouvaient remplir, est indispensable désormais pour la confirmation de tout diagnostic de ce genre.

2° *Chancre mixte blenno-syphilitique.* — Ce dernier peut se présenter sous des formes variées, suivant qu'il s'agit d'un chancre primitif ou syphilôme, d'une lésion érosive ou franchement ulcéreuse des phases ultérieures. Comme signe général, j'énoncerai en première ligne l'abondance de la suppuration, fait tout à fait insolite dans le cours des manifestations syphilitiques et qui devra le plus particulièrement attirer l'attention ; certains anus débordant de pus avec de minimes pertes de substance sont très suspects à cet égard, et la recherche bactériologique, en y faisant découvrir le gonocoque, est seule capable de donner la clef du problème. J'en dirai autant de certaines ulcérations siégeant au niveau de l'insertion des petites lèvres et des caroncules près des orifices glandulaires. De même le gland et le prépuce sont parfois couverts de syphilômes et de plaques muqueuses que le prépuce empêche de reconnaître ; chez de tels malades, lorsqu'il existe un catarrhe uréthral coïncidant, ces érosions baignant dans le pus uréthral peuvent subir des modifications qui en font des ulcères mixtes blenno-syphilitiques primitifs ou secondaires, et l'on comprend que l'hybride puisse se produire également au cours des pertes de substance de la période tertiaire.

Ces indications suffiront, je pense, pour établir, au point de vue doctrinal tout au moins, l'existence des formes morbides nouvelles que je soumets à l'examen des cliniciens.

REVUE DE LA PRESSE

Sur le traitement du cancer par l'extrait de chelidoine (chelidonium majus) par DENISSENKO, d'après le *Deutsche Med. Zeit*, n° 77. — Un médecin russe, le Dr Denissenko, a expérimenté à l'hôpital de Brjanks le suc de la chélidoïne, dont l'emploi populaire contre les verrues est bien connu. Pour ces premières expériences, l'auteur a choisi d'abord quelques cas de cancer de la lèvre qui paraissent avoir été favorablement influencés par l'application du suc de cette plante. Malheureusement les premières expériences sont incomplètes, parce que les malades n'ont pas voulu séjourner à l'hôpital et d'autre part on n'a pu se procurer le suc frais de la plante que pendant deux mois. Notre confrère s'est alors servi de l'extrait de la plante. Dès le premier jour de traitement, il a prescrit à l'intérieur 1 gr. 50 à 5 gr. de chelidoine par jour, dissous dans l'eau distillée ou de menthe poivrée. Il a en outre fait des injections dans la substance de la tumeur, sur les limites des tissus sains et malades, d'un mélange par parties égales d'extrait de chélidoine, de glycérine et d'eau distillée. Les parties ulcérées ont été badigeonnées avec un mélange de 1 à 2 parties d'extrait et d'une partie de glycérine. Les pansements ont été changés matin et soir ; à l'intérieur, les patients ont pris du fer, de la quinine et d'autres toniques suivant les besoins,

L'usage interne de l'extrait n'a pas troublé la fonction stomacale, sauf dans un seul cas, alors que les badigeonnages sur les parties ulcérées ont produit une légère brûlure passagère. Les injections ont eu une autre action. Dans tous les cas, l'injection a produit une brûlure locale, une sensation de faiblesse, un frisson plus ou moins violent et une élévation thermique jusqu'à 38 ou 39°. Bien que ces phénomènes aient disparu le second jour, notre confrère a cru prudent de n'employer ces injections qu'avec certaine précaution.

Voici les modifications observées dans les premiers jours sous l'influence du traitement : 1° disparition de la coloration blafarde de la peau ; 2° ramollissement de la tumeur ; 3° production rapide de trajets fistuleux aux points d'injection ; 4° au bout de 15 à 20 jours on pouvait déjà voir une ligne de démarcation entre le tissu sain et le tissu pathologique, et la tumeur était réduite à la moitié de son volume. Les ganglions lymphatiques engorgés avaient disparu.

Depuis, le Dr Denissenko a complété sa première communication en rapportant 7 cas de cancer traités par ce médicament. Des photographies accompagnent ces observations et témoignent de l'action remarquable du remède.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre 1896. — Présidence de M. HERVIEUX

Rayons de Rœntgen. — M. FOURNIER présente, de la part de MM. Oudin et Barthélemy, deux photographies Rœntgen, représentant, l'une une tumeur blanche guérie de l'articulation du genou, et l'autre le pied d'une jeune fille qui, affectée dans le jeune âge d'une paralysie infantile, a subi de ce fait une déformation osseuse importante. L'intérêt de ces deux photographies réside dans ce fait qu'elles constituent une ébauche de représentation des parties molles, et qu'elles font concevoir l'espérance de reconnaître une tumeur de densité différente qui viendrait prendre place dans les parties molles

Structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique. — M. CORNIL lit une note sur ce sujet.

Pathogénie et traitement des impotences fonctionnelles (crampes des écrivains, pianistes, etc., et spasmes fonctionnels). — M. VIGOUROUX, chef du service d'électrothérapie à la Salpêtrière, n'admet pas l'opinion générale qui considère ces affections comme des névroses ayant une origine et des symptômes professionnels Ayant constaté, dans un certain nombre de cas, des altérations des nerfs et des muscles, il a été conduit à reconnaître qu'il en est de même pour la généralité. Seulement ces altérations sont le plus souvent à peine perceqtibles et le trouble fonctionnel qui en résulte ne peut être mis en évidence que par une épreuve délicate comme l'exécution d'un acte compliqué.

Voici, en somme, l'enchaînement pathogénique A). Maladie générale, dyscrasique infectieuse ou toxique, déterminant : 1° une exagération de l'excitabilité réflexe ; 2° des lésions variées des nerfs, des muscles, des tissus synovial et fibreux et des vaisseaux. Ces lésions produisent B) les troubles fonctionnels, soit directement, par exemple en diminuant l'irrigation sanguine et par suite la sensibilité et la force des muscles, soit en invoquant un spasme réflexe. Le Dr Vigouroux pense qu'une lésion musculaire, telle que l'atrophie simple ou bien dégénérative, peut provoquer le spasme réflexe des muscles antagonistes ou associés, comme il l'a vu le premier pour les spasmes du cou, ou bien encore le spasme du muscle lui-même. Il signale la part considérable et méconnue du système musculaire dans les maladies générales, et le rôle des myopathies dans une foule d'affections considérées comme purement nerveuses. Il fait connaître un signe nouveau, *signe de l'angulaire*, propre à déceler un état anormal de la masse du système musculaire, tel qu'il existe dans la chorée, l'hystérie, le saturnisme, la paralysie agitante, la maladie de Basedow etc. Il divise les impotences fonctionnelles suivant le siège de leur lésion périphérique.

Le traitement qu'il préconise est dirigé : 1° contre la maladie générale. Il s'agit le plus souvent d'arthritisme, qu'il traite suivant la méthode exposée dans son livre *Neurasthénie* et *Arthritisme* ; 2° contre les troubles fonctionnels et locaux. Le principal moyen, mais non le seul, est une gymnastique inventée il y a 30 ans par un spécialiste anglais nommé Jackson et pratiquée intensivement.

Le Dr R. Vigouroux compte plus de 50 cas de guérison obtenus par cette méthode, chiffre notable si on se rappelle que les auteurs sont unanimes à déclarer que les impotences fonctionnelles sont rebelles à tout traitement.

Sur le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. — M. LEREBOULLET, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Dieulafoy, pense qu'un certain nombre de cas de typhus ambulatorius suivis de mort rapide devraient être aujourd'hui revisés et qu'ils ne sont que des cas d'appendicite méconnus. Noël Guéneau de Mussy a déjà montré que la perforation de l'intestin avait habituellement lieu dans la partie de l'iléon voisine de la valvule et dans l'appendice cœcal. Ici comme ailleurs, plus qu'ailleurs, la chirurgie a tout à gagner à suivre les conseils médicaux.

D'après les conclusions de M. Dieulafoy, l'un des signes les plus importants de la perforation intestinale était la chute de la température, alors que dans l'appendicite la température s'élève au contraire. Mais dans toutes les observations de perforation intestinale que M. Lereboullet a pu recueillir, l'élévation de la température centrale a été la règle; il en a été ainsi chez tous les malades observés par M. Lereboullet et chez ceux dont les observations ont été publiées par d'autres auteurs.

Cette divergence d'opinions peut d'ailleurs s'expliquer par cette considération que la perforation est parfois limitée tandis que dans d'autres cas une large perforation jette à la fois dans l'intestin une grande quantité de toxine.

Si la cause thermique ne peut, dans les cas de perforation, permettre de faire le diagnostic, le pouls, au contraire, peut fournir des renseignements précieux. Dans tous les cas où le pouls s'accélère brusquement, devient petit, semble inégal et persiste avec ces caractères et une fréquence progressive pendant plusieurs jours, il ne peut être question que d'une hémorragie ou d'une perforation intestinale.

La communication de M. Dieulafoy aurait pu encourager les médecins à réclamer une intervention chirurgicale dans tous les cas de fièvre typhoïde grave où la température s'abaisse brusquement et reste abaissée. M. Lereboullet pense que l'intervention dans les cas de collapsus serait très grave ; la laparatomie pourra, au contraire, être tentée dans les cas de péritonite par perforation où la température se maintient avec un pouls non déprimé et d'une fréquence moyenne ; elle s'impose dans les perforations d'origine appendiculaire.

M CH. MONOD. Mardi matin j'ai été appelé à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de notre regretté collègue Hanot pour voir un malade atteint de fièvre typhoïde qui brusquement présenta une élévation de température en même temps qu'une douleur abdominale intense. Je pratiquai aussitôt la laparotomie, douze heures après le début des accidents; ce malade avait une perforation intestinale, petite mais par laquelle s'écoulait un flot continu de liquide intestinal ; déjà le péritoine était fortement enflammé, la péritonite commença à se développer et le malade succomba le lendemain.

Cette intervention chirurgicale est des plus graves, parce que dans ce cas on intervient en pleine péritonite.

Le sang de congénère dans la tuberculose acquise. — M. M. BLOCH. Dans la communication que nous avons faite à l'Académie, au mois d'octobre 1895, sur le principe, le manuel opératoire et les résultats initiaux de la transfusion du sang capillaire issu d'un congénère arthritique ou vigoureux dans la tuberculose acquise, nous annoncions que ce sang, à la dose de un demi à un centimètre cube, déterminait des réactions paraissant proportionnelles à l'intensité de l'infection.

Nos recherches actuelles confirment cette opinion, et nous en concluons que le pronostic de la phtisie sera d'autant plus favorable que la réaction post-capillaire aura été nulle ou de peu d'intensité

Si on voulait, malgré la grande diversité des cas, procéder systématiquement, il y aurait lieu d'établir plusieurs types de réaction : 1° un type maxima, qui correspond à la période avancée de la maladie et où la transfusion capillaire est contre-indiquée, car elle provoque une réaction qui se confond avec la maladie et se prolonge jusqu'à la mort ; 2° un type mixte, qui correspond à la tuberculose

dans sa pleine évolution et dans lequel la réaction oscille entre dix jours et six semaines : il signifie que l'amélioration sera temporaire ; 3° enfin un type minima, le plus important de tous, car quinze observations nous ont appris qu'une réaction nulle ou presque nulle coïncidait avec des modifications durables Or, comme ce type de réaction ne se rencontre, la plupart du temps, qu'au début de la phtisie, il y a tout intérêt à n'employer notre procédé qu'à la période initiale avant la fonte des tubercules.

Ajoutons, pour compléter ce que nous savons actuellement de nos recherches, que la transfusion capillaire congénérique ne modifie pas la vitalité du bacille, qu'elle diminue, dès les premiers jours, l'étendue de la zone congestive pérituberculeuse, et que les manifestations réactionnelles qu'elle suscite sont identiques aux troubles qu'on rencontre communément dans la tuberculose chronique.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des rapports de prix lus pendant la séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre. — Présidence de M. d'HEILLY.

Péritonite par perforation de la vésicule biliaire. Grossesse. Laparotomie. Guérison. — MM. SIREDEY et FAURE communiquent l'observation d'une femme de 20 ans entrée à l'hôpital avec les signes classiques d'une appendicite (compliquée de péritonite). La température n'était pas élevée, mais on pouvait attribuer ce fait au commencement de collapsus. Aucun signe n'attirait l'attention du côté des voies biliaires.

En raison de l'état général grave de la malade, et malgré une grossesse de deux mois et demi, on se décida à intervenir chirurgicalement sans temporiser. Après l'incision au lieu d'élection il s'écoula, dès l'ouverture du péritoine, une certaine quantité de liquide puriforme jaunâtre, mais on constata que le cœcum et l'appendice étaient absolument sains, en dehors de la rougeur et de l'aspect dépoli que présentait, à ce niveau, le péritoine enflammé. Ni tumeur, ni empâtement sur le colon ascendant ou dans la fosse iliaque, et cependant il y avait une péritonite; on remarqua alors que les lésions étaien d'autant plus marquées qu'on se rapprochait davantage de la face inférieure du foie. En outre, le liquide péritonéal était à la fois plus abondant et plus coloré en jaune En pressant sur la vésicule pour voir si elle ne contenait pas de calculs, on vit sortir un flot de bile pure. Comme il existait à ce niveau des adhérences étendues et assez solides, il fut impossible d'explorer en détail la vésicule et de découvrir la perforation.

La malade guérit rapidement et la grossesse évolua normalement bien qu'il y eut, au moment de la laparotomie, des menaces d'avortement.

Gastro-entérostomie et affection de l'estomac. — M. HAYEM Un malade de 55 ans était, depuis une quinzaine d'années, atteint de crises douloureuses dans le flanc droit. Très violentes surtout depuis dix ans, elles s'accompagnaient parfois de vomissements, elles revenaient habituellement tous les deux ou trois mois. Il y a trois ans, le malade avait rendu, dit-il, des calculs biliaires en allant à la selle, mais il n'avait pas eu d'ictère. En juin 1895, à la suite d'un lavage d'estomac, légère hématémèse. Il y en eut deux plus importantes en novembre suivant. Depuis lors, douleurs violentes après les repas, amaigrissement considérable, anémie. Lorsque le malade vint me consulter, en mai 1896, il avait un aspect cachectique. Les douleurs, presque continuelles, s'exaspéraient régulièrement après les repas. Le foie débordait les côtes de trois travers de doigt. Estomac un peu au-dessous de l'ombilic, avec très fortes ondes péristaltiques. Pas de vomissements. Oppression. Le malade ne pouvait s'alimenter qu'avec quelques potages, un litre et demi de lait et des œufs.

Je conseille les lavages d'estomac suivis de pansements au sous-nitrate de bismuth. Un mois plus tard les douleurs ont notablement diminué, l'alimentation est un peu plus facile, mais le clapotage stomacal persiste. L'analyse du suc gastrique montre une hyperpepsie de moyenne intensité, avec acide acétique,

L'amélioration n'étant pas très grande et le clapotage stomacal persistant, je conseillai une gasrto-entérostomie, que fit M. Tuffier (abouchement de la face postérieure de l'estomac avec une anse de jéjunum). On constata une induration du pylore assez étendue, dans laquelle se perdait le corps de la vésicule biliaire. Pas de tumeur. Suites opératoires très simples. Diminution considérable des douleurs.

Le malade est transformé. Il a gagné 12 kilog., mais il souffre toujours un peu à l'occasion de ses digestions et le clapotage gastrique n'a pas diminué. L'estomac éprouve encore une difficulté mécanique à évacuer son contenu.

M. MATHIEU. Chez un malade de son service, auquel on a fait une gastro-entérostomie il y a six mois, la stase stomacale est à peu près ce qu'elle était avant l'intervention. Cet homme est atteint de cette affection de la peau que les Allemands ont décrite sous le nom d'acanthosis nigricans et qu'on n'a encore observée que dans le cancer de l'estomac. Il semble qu'il y a, chez ce malade, un cancer épithélial greffé sur un ulcère ancien du pylore, avec dilatation et stase consécutive.

Epistaxis. — M. LERMOYEZ. Dans l'immense majorité des cas d'épistaxis à répétition, la cause de l'hémorragie réside dans une petite ulcération de la partie inférieure de la cloison, ulcération qui porte ordinairement sur une petite branche de l'artère sphéno-palatine. Une cautérisation, au crayon de nitrate d'argent, de cette ulcération, suffit pour guérir définitivement l'épistaxis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre. — Présidence de M. Ch. MONOD

Extirpation du rectum dans les cas d'envahissement total. — M QUÉNU. — C'est à la septicémie à laquelle on est toujours exposé que l'on doit les insuccès d'ablation totale du rectum. Le procédé de Chalot dans ses premiers temps me paraissait remplir les indications, et l'avenir des opérations sur le rectum réside dans la suppression des dangers de septicémie.

J'ai pensé que la combinaison du procédé de Chalot et de Gaudier devait être conservée. Du reste, c'est toujours à

une méthode combinée périnéale, sacrée et abdominale, que l'on commence par l'une ou par l'autre, qu'il faut avoir recours.

J'ai commencé par faire une incision sur la ligne médiane puis ai sorti l'anse oméga, et j'ai pu voir par transparence un point sans vaisseaux, où j'ai pratiqué une incision sur le méso, et liberai une large anse intestinale, et soulevai cette anse avec une mèche de gaze iodoformée. Après avoir vidé et lié l'anse, je l'ai incisée avec le thermo en détruisant la muqueuse elle-même, de façon à former au niveau du bout supérieur une véritable collerette oblitérante.

Cela fait, je libérai le bout inférieur et réunis par des points de Lembert, de façon à fermer ce bout inférieur que j'abandonnai dans l'ouverture. Puis le bout supérieur fut fixé non ouvert à l'ouverture cutanée. Le lendemain il fut ouvert et l'anus contre nature était constitué. Le premier temps opératoire, le temps abdominal était terminé.

Ces jours-ci, je ferai le second temps, l'ablation du rectum cancéreux. C'est par le périnée que je passerai pour aller libérer le rectum et l'enlever. Incision périnéale et ligature de l'anus, puis dissection de tout le bout rectal qui sera enlevé comme une poche fermée.

Complication des otites. — M. Brun. On ne saurait trop insister sur la fréquence et la gravité de ces complications. Depuis le 1er janvier j'ai eu 4 fois l'occasion de voir cet accident et 3 fois la mort est survenue. 1 fois le malade n'a été sauvé que parce qu'il avait des accidents de pseudo-méningite. Il y a d'autant plus d'intérêt à connaître ces complications qu'il faut intervenir hâtivement pour obtenir un résultats satisfaisant.

Pour peu que l'on soupçonne un abcès du cerveau, il vaut mieux ouvrir ou ponctionner la dure-mère sans trouver de pus, que de voir la malade mourir avant qu'on ait affirmé le diagnostic d'un abcès que l'on trouve à l'autopsie.

Demi-coma, ralentissement du pouls, somnolence exagérée, tels sont les symptômes qui entraînent l'ouverture du crâne.

Quel procédé employer? Je crois qu'il est plus simple de pénétrer dans le crâne de bas en haut en profitant de la trépanation de la mastoïde, en faisant sauter très facilement le plafond de l'aditus. Il est indiscutable que c'est le procédé le plus simple pour l'ouverture des abcès du lobe temporo-sphenoïdal. En sera-t-il de même pour les abcès du cervelet, on n'explore qu'une faible partie du lobe antérieur du cervelet. Il me semble qu'en faisant une trépanation sur l'écaille de l'occipital entre la protubérance et la mastoïde, on aurait beaucoup plus de jour et par suite moins de chance de laisser échapper une collection souvent difficile à trouver dans le cervelet.

Prolapsus du rectum; procédé opératoire. — M. Nélaton. Un homme de 60 ans était atteint d'un prolapsus du rectum, long de 15 centimètres, je me suis efforcé de faire mieux que l'ablation du prolapsus. J'ai déjà dit combien j'étais surpris de la longueur d'intestin que l'on peut sortir par le prolapsus. Il semblerait que l'anse oméga et le rectum sont suspendus par le colon descendant qui ne permettra plus le prolapsus, dès que tout sera sorti, et que le colon descendant opposera une résistance absolue.

J'ai cherché à rendre rectiligne la dernière portion de l'intestin, je commençai par une laparotomie à sectionner entre deux ligatures les méso-iliaques et refermer le ventre.

Dès ce moment j'incisai circulairement le prolapsus et pus accrocher l's iliaque pouvant être rectiligne — de façon à réséquer 26 centimètres d'intestin rectum et s iliaque — lequel suturé à l'anse est parfaitement maintenu et suspendu par le colon descendant fixe.

Double pied bot ravus équin et double luxation congénitale de la hanche. Guéri-on des pieds bots. — Présentation de la malade par M. Kermisson.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MEDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 25 novembre 1895. — Présid. de M. Verchère.

Présents : MM, Luc, Percheron, Pruvost, Le Coin, Desprès, Verchère, Dromain, Bonnefin, Roquetaillade, Dauchez, Petit, Damain, Peisson, Valude, Depasse, Furet, Martin, Boissier.

M. Dromain, à propos du procès-verbal, demande si la décision concernant la communication de M. Boë, prise à l'égard de la *France médicale*, s'étend aux autres journaux. Ne pourrait-on pas insérer au compte rendu cette communication publiée par quelque autre périodique?

M. Genesteix répond que le bulletin est tiré avec le cliché de la *France médicale* ; la chose est donc matériellement impossible. L'incident est clos, et le procès-verbal adopté.

M. Genesteix dépouille la correspondance qui contient le Bulletin de la Société du Bureau de Bienfaisance et une lettre de M. Philbert s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Verchère exprime les regrots de la société pour la mort de notre excellent collègue le Dr Rouillard. Il rappelle le mérite scientifique, l'intarissable esprit, le cœur élevé droit et affable, le caractère toujours joyeux et enjoué, et aussi le talent de chansonnier et de poète de Rouillard. Chacun se souvient de la *Croix-Rouge de mon brassard* et de quelques autres compositions littéraires qu'on aimait lui entendre dire. Chacun sent le vide qu'il a laissé parmi ses amis.

M. Genesteix déplore que la Société n'ait pas été prévenue de la maladie de Rouillard et demande qu'à l'avenir le possible soit fait pour permettre l'application de l'article 46 des statuts.

M. Verchère revenant à l'ordre du jour demande le vote de la société sur les deux questions suivantes posées par le conseil général des sociétés d'arrondissement :

1° Approuve-t-on les subventions accordées par les pouvoirs publics aux cliniques et polycliniques?

2° Ces établissements portent-ils tort au corps médical, et leur multiplication doit-elle être encouragée ou combattue?

M. Dromain ne se rallie pas aux idées du syndicat qui voudrait restreindre et entraver l'action des cliniques officielles des médecins des hôpitaux, des cliniques privées et autres institutions. Il répugne à tout esprit de chicane et n'aime pas mettre des bâtons dans les roues. Il est le premier à respecter les prérogatives des services hospitaliers, mais comme il n'y a pas place pour tous dans les hôpitaux

pourquoi des médecins de talent qui ne peuvent y avoir un service ne se créeraient-ils pas, à leurs frais, des services sous forme de cliniques particulières? La chose est juste et quelques-unes de celles-ci ont pu rendre de véritables services. Pourquoi donc les empêcher ? Mais s'il est partisan de la complète liberté de l'initiative privée, il s'élève formellement contre les subventions fournies par les pouvoirs publics à ces établissements. Pas d'entraves, mais pas de subvention.

M. Després proteste aussi contre les subventions.

Par le vote qui suit, la *Société médicale du 6e arrondissement réprouve, à l'unanimité des membres présents, les subventions accordées aux cliniques et polycliniques.*

M. Després, pour la seconde question, désapprouve l'extension des cliniques. Il comprendrait à la rigueur qu'il en existât comme autrefois quelques-unes pour des spécialités très particulières : comme l'ophtalmologie. Mais aujourd'hui il y en a *pour tout* et en nombre énorme, il ne restera donc plus rien au médecin traitant. Il y a en effet des cliniques pour les maladies des yeux, pour les dents, pour les oreilles, le pharynx et le larynx, pour les maladies des poumons et des voies respiratoires, pour les maladies de l'appareil digestif, pour les maladies des enfants, pour les maladies des femmes, des voies urinaires, etc., etc. Si l'extension progresse encore, à quoi servira le médecin praticien ? Il redoute aussi qu'à côté de cliniques honnêtes et sérieuses ne se trouvent des établissements de ce genre non exempts de reproche.

M. Luc pense que les cliniques de spécialités sont au contraire utiles non seulement au malade, mais bien aussi au médecin praticien qui souvent y envoie volontiers des malades peu fortunés pour lesquels il a besoin d'un spécialiste et qu'il ne veut pas envoyer à l'hôpital. Un praticien aura par exemple tout fait pour un tuberculeux du larynx et verra celui-ci plus ou moins découragé, il sera heureux de pouvoir le passer aux mains d'un laryngologiste. Les spécialistes sentent trop qu'ils doivent tout à leurs collègues pour jamais empiéter sur leur terrain et ne peuvent que s'efforcer de leur rendre la réciproque Mais la clinique doit être gratuite et le titulaire doit par tous ses efforts pousser le malade à suivre les conseils et la direction du médecin général.

M. Desprès regrette le temps où le médecin, toujours ami de la famille et conseil de celle-ci en toute circonstance, n'avait qu'à appeler en consultation un spécialiste dans les cas où il doutait de lui-même. Il persiste à craindre que les spécialités n'englobent tout.

M. Luc croit, en effet, qu'il ne faut pas multiplier sans raison les spécialités, mais que certains examens délicats et manœuvres difficiles pour les yeux et le larynx, par exemple, doivent par la force des choses rester l'apanage des spécialistes. Il en appelle aux difficultés qu'éprouveraient beaucoup d'entre nous à faire aujourd'hui un examen précis de pathologie du fond de l'œil, même après avoir été, il y a quelques années, au cours de nos études, rendus assez habiles dans cette branche par l'occasion d'exercices fréquents.

M Dromain ne voudrait pas que l'on confondît les spécialistes avec les *hommes à affiches.* L'exemple de la spécialité nous est donné par les médecins officiels. Les professeurs sont tous spécialistes, les agrégés aussi et aussi presque tous les médecins des hôpitaux.

Il faut donc bien se garder d'attaquer les spécialistes privés honnêtes. Les situations officielles ne sont nullement le criterium de la valeur, elles n'en ont pas non plus le monopole, et il y a plus de rapport qu'on ne croit entre un service officiel et une clinique particulière. Le médecin des hôpitaux ne va pas dans ses salles pour les 1,200 francs que lui donne l'Administration, mais bien pour accroître sa propre notoriété, et étendre son champ d'observation. Le possesseur d'une clinique fait la même chose dans un service particulier qu'il paie de ses deniers. Le malheur est que le malade livré à lui-même ne puisse pas toujours distinguer la grande différence qu'il y a entre les cliniques honnêtes et autres.

M. Le Coin, déclare que tout médecin a le droit d'agir comme il veut quand il se sert de ses propres deniers, les cliniques libres n'ont pas à être attaquées ; mais s'il reçoit l'argent des contribuables, *notre argent,* il nous nuit.

M. Verchère ramène la discussion au texte de la question posée.

M. Furet estime qu'on ne pourra rien, on émettra un vote platonique sur une question insoluble et même oiseuse tant qu'il n'y aura pas une loi fixant les choses ou au moins un conseil de l'ordre comme celui des avocats possédant une sanction applicable.

Par le vote qui suit à la majorité, la Société réprouve la multiplication des cliniques.

Suit la question des cartes d'identité : il suffit pour les membres de la Société de faire la demande au secrétaire général en lui versant le prix fixé, et d'aller au terme indiqué ultérieurement se faire photographier chez Pirou.

Vient enfin la question des circonscriptions hospitalières. Cette institution est généralement désapprouvée. Elle retranche aux pauvres la liberté de choisir leur médecin.

M. Depasse la croit bonne, au contraire, à beaucoup de points de vue. S'il est bon de tenir beaucoup aux droits de l'indigent, on peut aussi quelquefois parler de ses devoirs. La circonscription hospitalière est utile pour le médecin de quartier qui adresse un malade à l'hôpital. Ce malade reste dans le quartier et son admission est *obligatoire,* s'il est adressé par son médecin; c'est donc l'hospitalisation assurée On obviera à l'encombrement de certains hôpitaux de circonscriptions populeuses en augmentant les locaux. Les malades porteurs de lettres de leurs médecins seront admis dans les services des spécialistes hors de leurs circonscriptions. Avec le temps nécessaire à l'application la chose sera bonne.

M. Desprès repousse les circonscriptions. Cette mesure ne sera bonne que pour les quelques médecins qui en profiteront. Les changements de domicile des malades amèneront, comme beaucoup d'autres menues circonstances, de grandes difficultés d'application pratique. Enfin elle coûtera 78.000 francs par an. Le budget des pauvres n'est-il pas assez chargé ?

M. Le Coin, parmi les nouvelles décisions prises à l'assistance publique, trouve inique celle admettant des malades payants dans les hôpitaux. C'est détourner absolument les hôpitaux de leur but aux dépens des pauvres. Il faut absolument ramener les hospices à leur destination première.

M. Desprès est vivement opposé à l'admission des malades payants et demande la suppression de la maison Dubois, et il répète que la circonscription hospitalière attente

à la liberté du pauvre et porte atteinte aux médecins et chirurgiens des hôpitaux faisant leur devoir.

M. Depasse admet la première proposition mais croit que la circonscription empêchera par respect humain le malade riche d'aller à l'hôpital ; en cela elle aura encore du bon. L'envahissement des hôpitaux par les malades aisés est considérable, elle est énorme pour les accouchements. 53 0/0 des accouchements de Paris se font dans les maternités.

Plusieurs ordres du jour sont proposés La préférence est donnée à celui de M. Le Coin ainsi conçu : « *La Société médicale du 6e arrondissement désapprouve absolument la mesure administrative de l'Assistance publique de Paris, qui admet dans ses établissements hospitaliers des malades à titre payant, faisant ainsi dévier la destination primitive de ces établissements.* » Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité.

La date du banquet est fixée au samedi 18 janvier.

La séance est levée

F. Boissier.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES

Séance du 21 octobre. — Présidence de M. Thominet.

A l'ouverture de la séance la parole est donnée à M. le Dr Mongenot pour la lecture de son travail sur l'*Ecole primaire à Berlin.*

L'école primaire à Berlin. — La population de Berlin s'est accrue dans des proportions extraordinaires : de 170,000 qu'elle était il y a un siècle, elle est passée à 710,900 en 1869 et elle est aujourd'hui de 1,724,650.

Le nombre des écoles a suivi la même progression. Tandis qu'en 1869 il n'y avait que 557 classes, on en compte actuellement 3,475, réparties dans 206 écoles. Sur ce nombre 3,296 sont installées dans des bâtiments communaux, 175 dans des locaux pris en location et 69 sont des classes volantes. Sous ce qualificatif sont désignées les classes qui, en raison de l'insuffisance des locaux, sont tenues dans les locaux ordinaires en dehors des heures de classe habituelles. Ces classes, ainsi que celles de la 2e catégorie, qui, en 1885, étaient encore au nombre de 535, disparaîtront après la construction des écoles actuellement en projet.

Des graphiques que j'ai vus à l'exposition berlinoise donnent d'une façon saisissante les progressions du nombre des classes en concordance avec la population scolaire de 1868 à 1895.

Les écoles sont confessionnelles et à sexes séparés. Le personnel enseignant est en majorité masculin; tous les directeurs et la plupart des maîtres des écoles de filles étaient des hommes. Il n'y a de maîtresses que dans les classes inférieures des écoles de filles. C'est ainsi que sur un personnel enseignant de 3,408 il n'y a que 1,165 institutrices, auxquelles il faut ajouter environ 600 maîtresses de chant, de gymnastique et de travaux manuels.

Le nombre total des enfants âgés de 6 à 14 ans est de 214,827, parmi lesquels 183,338 sont instruits dans les écoles communales dont 91,003 garçons et 92.335 filles.

Les sommes dépensées pour l'instruction de ces enfants s'élèvent pour le personnel enseignant à 9,022,257 m., somme à laquelle il faut ajouter 1,527,045 pour dépenses diverses, telles que : objets d'enseignement, chauffage, éclairage, entretien du matériel, loyer des tables prises en location, frais d'administration, récompenses, etc., soit en tout 10,349;302 m. et en chiffres ronds 13 millions de francs, soit 63 francs par élève.

Les écoles les plus récentes sont construites en briques, les escaliers sont partout en pierre et les corridors larges et bien éclairés ont leur sol en matériaux imperméables et incombustibles tels que ciment ou mosaïque. Ils servent aussi de vestiaire.

Les classes, de dimensions convenables, sont en général éclairées par trois fenêtres, les murs en couleur claire et vernis présentent quelques moulures inutiles, mais aucune boiserie. Le plancher est en bois dur enduit d'huile siccative.

Les bancs, tous du même modèle, mais à hauteurs différentes, sont en général à deux places et à parties fixes. J'ai été surpris de les trouver tous à distance positive de 6 à 8 centimètres.

Dans toutes les écoles construites depuis une quinzaine d'années il y a une salle de réunion (Aula) remarquable par ses dimensions et le luxe de son ornementation, rien dans nos écoles ne peut être rapproché de cette salle.

Celle de l'école de la Stephanstrasse, une de celles que j'ai visitée, n'a pas moins de 20 mètres de long sur 10 mètres de large. Les murs, hauts de 8 à 10 mètres, sont revêtus de superbes boiseries et de peintures polychromes. le plafond est à caisson et le parqué ciré. C'est là que se célèbrent les grandes cérémonies scolaires et patriotiques, elle sert aussi à l'occasion de salle de dessin.

Les écoles offrent, suivant l'époque de leur construction, un système de chauffage différent, qui permet de constater les progrès réalisés sous ce rapport depuis quelques années.

Celles qui ont été construites il y a au moins 30 ans sont chauffées par des poêles, celles qui l'ont été jusqu'en 1880 sont chauffées par des ca orifères à air chaud ; toutes les écoles construites depuis cette époque sont chauffées par les calorifères à eau chaude. C'est du reste, une observation que nous avons pu suivre partout et nous avons le regret de constater que nos écoles parisiennes les plus récentes, et même celles encore en projet, sont et seront chauffées par des poêles bien qu'il ait été démontré par l'expérience que ce mode de chauffage est insuffisant et qu'il n'est pas moins coûteux que le chauffage à l'eau chaude

Les cabinets d'aisances sont à sièges élevés et à effet d'eau. Dans l'intérêt de la surveillance toutes les portes sont supprimées.

Les écoles de Berlin sont encore en avance sur les nôtres en ce qui concerne les bains par aspersion. Malgré les vœux émis par le conseil municipal sur la proposition de M. Vaillant l'établissement de bains par aspersion dans nos écoles est encore à l'état de projet, les essais faits jusqu'à présent, notamment dans l'école de la rue des Panoyaux, n'ayant pas été satisfaisants.

La plupart des écoles construites depuis 189) ont dans leur sous sol une salle avec 20 douches et 20 cabinets. Me trouvant dans l'école de la rue Stephan au moment du bain, j'assistai à l'opération. Les enfants se déshabillent dans des cabinets placés en face des cabines à douches.

Les cabinets ainsi que les cabines, n'ont ni portes ni rideaux, rien ne peut soustraire les enfants à la surveil-

ance du maître. Les garçons sont complètement nus, les lles ont un pagne et un bonnet. Tout s'accomplit avec rdre et au commandement.

Il y a d'abord une première aspersion pour mouiller le orps, puis une réaspersion pour le savonnage et une derière aspersion pour le nettoyage. La durée du bain est e 5 minutes. Il est accordé autant pour se débabiller et 'habiller, donc en tout 15 minutes pour 20 élèves.

Une institution beaucoup moins importante que nos canines consiste dans certains groupes scolaires sous le nom de *Kinderhorte*. Ce local, composé d'une ou deux pièces indépendantes des locaux scolaires, reçoit les enfants qui ne peuvent prendre le repas de midi dans leurs familles On eur sert du lait chaud et on réchauffe les aliments qu'ils nt apportés.

Il existe aussi des colonies de vacances fondées et entretenues par des dons volontaires et les souscriptions des membres. Les dons sont recueillis et administrés par un comité placé sous le patronage de l'impératrice Frédérick. 233 comités locaux répartis dans tous les points de a vi'le recherchent les enfants dont la santé se trouverait améliorée par leur séjour à la campagne ou au bord de la mer et 203 médecins de quartier (l'inspection médicale n'existant pas encore) donnent leur concours pour visiter les enfants, indiquer le séjour qui conviendrait le mieux à leur état de santé et leur fournir les attestations nécessaires. Toutes les demandes sont centralisées et classées en trois catégories, suivant le degré d'urgence, et le choix définitif en est fait d'après les ressources de la Société. Les colonies, suivant le lieu où sont envoyés les enfants, se divisent en quatre catégories. Les uns vont à la mer, d'autres dans des montagnes et d'autres dans des établissements d'eau saline (soolbad).

La durée de leur séjour est de quatre à six semaines. La quatrième catégorie forme ce qu'on appelle les demi-colonies. elles se composent d'enfants trop faibles pour voyager et qui partent le matin à la campagne et rentrent le soir dans leurs familles.

Le nombre des enfants qui en 1825 ont été envoyés dans ces différentes stations a été de 1,411 garçons et 1,733 filles, soit en tout 2,144 pour lesquels il a été dépensé 100,500 m. ou 125,625 fr., soit 40 fr, par tête, 25 francs de moins que pour les nôtres.

Après avoir visité les écoles, je suis allé à l'exposition où j'ai vu, dans la section d'hygiène scolaire en particulier, bien des choses intéressantes qu'il serait trop long d'exposer ici.

Dans une séance ultérieure, je vous décrirai l'école primaire à Saint-Pétersbourg et à Moscou.

Le président remercie au nom de la Société le Dr Mongenot pour la lecture de son travail qui intéressera vivement les médecins des Ecoles

Il désire, avant de terminer, appeler l'attention de ses collègues sur un point de pratique qui n'est pas sans quelque importance. souvent. Il arrive que les médecins délivrent un certificat sur papier libre, parfois sans y réfléchir, quelquefois à cause de l'indigence du demandeur. Agir ainsi, c'est s'exposer à une amende de 62 franrs et quelques centimes, comme cela vient d'arriver à un chirurgien des hôpitaux. Les journaux de médecine ont donné la liste des certificats soumis au timbre. Les médecins feraient bien de méditer ce rappel du réglement, notamment en ce qui concerne les certificats constatant l'aptitude aux emplois industriels qu'il ne faut délivrer que sur une formule imprimée ou, à défaut de celle-ci, sur un papier timbré.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Dr Paul Richard.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(*Suite*)

Du traitement des pieds bots

Traitement du pied bot varus équin invétéré. — M. Kirmisson. — Deux conditions très différentes peuvent se présenter dans le traitement du pied bot varus équin congénital : on est en présence d'un enfant nouveau-né, ou n'ayant jamais marché ; ou en présence d'une déformation déjà plus ancienne chez un enfant ayant déjà marché.

Dans le premier cas il faut commencer le traitement le plus tôt possible, s'adresser d'abord au varus, et ne traiter l'équinisme que consécutivement. Nous faisons des massages journaliers, redressant progressivement l'adduction de l'avant-pied, et nous maintenons le résultat acquis à l'aide de petites bottes en gutta-percha très bien supportées par les enfants. Le second acte consiste à détruire l'équinisme : nous avons recours pour cela, si le massage ne nous paraît pas suffisant, à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille.

Lorsque l'enfant a marché, lorsqu'il se trouve en présence d'un pied bot invétéré, que cet état tienne à la production de récidives ou à l'absence complète de traitement, les conditions changent. On peut employer alors soit le redressement forcé sous le chloroforme, soit l'une des opérations qui ont été proposées pour la cure du pied bot invétéré. Nous employons très volontiers le redressement forcé sous le chloroforme, dans les cas moyens, lorsque le pied ne nous paraît pas trop dur. Ce redressement suivi de l'application d'un appareil plâtré donne de très bons résultats. On doit compléter le résultat ainsi obtenu par un massage continué pendant de longs mois.

A côté du redressement manuel pratiqué sous le cloroforme, on peut placer la tarsoclasie instrumentale. Nous dirons de cette méthode ce que nous avons dit de l'ostéoclasie du fémur pour le genu valgum, que ous n'aimons pas les opérations aveugles, dont les résultats sont difficiles à calculer, et dont l'effet dépasse souvent le but. Nous préférons donc avoir recours aux opérations sanglantes, mais nous ne pensons pas qu'il soit utile de faire porter l'intervention d'emblée sur le squelette. Sans vouloir discuter les différentes formes de tarsotomies et de résections osseuses, nous pensons que ces différentes opérations ont le tort grave de compromettre souvent et la forme et la fonction, inconvénient grave, que nous devons éviter par-dessus tout en orthopédie.

Je préfère donc suivre la voie dans laquelle est entré Phelps et je revendique pour moi le mérite d'avoir introduit en France en 1889 cette opération dite de Phelps que nous avons pratiquée depuis cette époque un grand nombre de fois en la modifiant d'une façon très importante. En effet, l'ouverture de l'articulation médio-tarsienne, faite

exceptionnellement par Phelps, est devenue pour moi le point fondamental de l'opération.

Le total de mes opérations de Phelps s'élève aujourd'hui à 76, ayant porté sur 51 malades. Nous n'avons observé de complications graves que chez un de nos opérés qui a eu une escarre profonde causée par l'appareil plâtré. Les résultats définitifs ont été en général très satisfaisants. Dans deux cas, pour arriver au redressement complet, nous avons dû faire une excision cunéiforme sur le bord externe du pied. Dans quelques cas, nous avons vu persister un léger degré d'équinisme.

Il est bien certain que, même dans les cas les plus favorables, les malades ont besoin d'être encore surveillés Il est utile de faire pendant longtemps du massage, de l'électrisation des muscles. En tout cas, contrairement à l'opinion émise par M. Farabeuf, nous ne faisons jamais porter d'appareils orthopédiques à la suite de l'opération de Phelps.

En terminant, je dirai sous forme de conclusion : dans le pied bot invétéré, l'opération de Phelps, telle que je l'ai décrite (section des parties molles sur le bord interne du pied avec large arthrotomie médio-tarsienne), me paraît l'opération de choix. Que beaucoup de mes collègues aient obtenu des résultats avantageux à l'aide de la tarsoclasie instrumentale, je ne cherche pas à le nier. Mais, ce que je tiens avant tout à bien préciser, c'est que les opérations sur le squelette, les différentes tarsotomies, ne devront jamais être mises en parallèle avec les méthodes précédentes dans la cure du pied bot congénital. Elles ne devront jamais constituer des opérations de choix mais seulement des méthodes d'exception et de nécessité applicables seulement quand toutes les autres méthodes conservatrices se seront montrées insuffisantes.

Traitement des pieds bots congénitaux. — M. Paul Berger adopte la plupart des conclusions du rapport. Les varus équins peuvent être traités dans les premiers mois par les manipulations (déroulement du pied) et l'orthopédie seulement, mais le plus souvent, dès la première enfance, il faut faire précéder ce traitement de la ténotomie.

M. Berger fait par la ténotomie sous-cutanée la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, pour éviter les cicatrices, mais il sectionne à découvert le tendon du jambier postérieur. M. Berger a revu de ses opérés au bout d'un temps très long et même de plus de vingt ans ; les résultats physiques étaient bons, mais pas absolument complets ; il persistait encore un peu d'adduction de l'avant-pied, le bord interne de celui-ci était élevé et concave, les orteils s'écartaient en éventail ; le ventre des jumeaux était court, la jambe cylindrique. Quant au résultat fonctionnel, il était parfait, la démarche ne différait en rien de celle d'une personne normale.

Dans le pied bot invétéré, M. Berger donne la préférence à l'opération de M. Gross (astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme) : l'astragalectomie seule ne remédie pas assez à l'enroulement du pied. M. Berger reproche à l'incision de Phelps de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, quand celle-ci est nécessaire. La résection n'est pas plus grave, elle ne donne pas de raccourcissement appréciable, elle corrige merveilleusement la difformité. Les résultats que M. Berger a pu revoir au bout de quelques années étaient très satisfaisants.

Traitement des pieds bots. — M. J. Bœckel, de Strasbourg. I. *Pieds bots congénitaux.* — Dans l'âge tendre, les manipulations seules réussissent fort souvent. Passé quatre ou cinq mois, il faut faire des sections tendineuses ou aponévrotiques et maintenir le pied redressé dans des appareils plâtrés et cela pendant des mois, puis faire porter une semelle en cuir bouilli, munie de tuteurs pendant au moins un an.

Vers quatre ans ces moyens échouent généralement, surtout dans les pieds bots os eux. Dans ces cas, on peut recourir avec succès au redressement manuel ou instrumental, à combiner au besoin à l'opération de Phelps. Celle-ci pratiquée même très largement se montre fort souvent inefficace. C'est alors que la tarsectomie devra être exécutée. On aura le choix entre l'astragalectomie et la tarsectomie totale. La première de ces opérations réussit fort souvent. Lorsqu'elle ne suffit pas, il faudra faire d'emblée des résections étendues de tout le tarse postérieur et empiéter au besoin sur le tarse antérieur, bref enlever tout ce qui résiste, faire le désossement du pied et ne s'arrêter que lorsque le pied pourra être facilement redressé et maintenu.

II. — *Pieds bots acquis.* — La ténotomie et le redressement suivis du port d'un bon appareil réussissent également souvent, dans les pieds bots paralytiques de l'enfance, mais il faut agir de bonne heure et employer les moyens adjuvants tels que massage, douches, électricité ; il faut de plus exercer une surveillance active sinon tous les moyens échouent. A une période plus avancée surgit l'indication opératoire. Elle a pour but de créer une ankylose du cou-de-pied. Deux moyens sont à notre disposition : l'*arthrodèse* qui convient aux cas réductibles, la *tarsectomie* qui s'adresse aux pieds bots irréductibles.

De même que dans les pieds bots paralytiques d'origine traumatique, et dans ceux qui sont consécutifs à une maladie inflammatoire, l'arthrodèse ne sera que rarement indiquée, car les lésions sont généralement anciennes et nécessitent alors une intervention plus large.

Indications de la tarsectomie postérieure dans les pieds bots varus équins rebelles. — M. Gross (de Nancy). Dans deux communications présentées aux Congrès de 1885 et 1886, j'ai proposé, pour remédier aux déformations squelettiques dans les varus équins congénitaux invétérés, l'astragalectomie avec résection de la grande apophyse du calcaneum. En effet, dans les vieux pieds bots, l'équinisme est déterminé par la déformation de l'astragale et son état de subluxation irréductible par la disproportion des parties à mettre en rapport ; le varus, par une subluxation du scaphoïde et du cuboïde qui ne sauraient être mis en position normale, en raison du déplacement des surfaces articulaires antérieures de l'astragale et du calcaneum et des saillies de la partie frontale abandonnée de la tête astragalienne et du bord externe de la grande apophyse calcanéenne. Dans ces conditions, l'équinisme et le varus sont irréductibles par les moyens orthopédiques ordinaires et l'intervention que je propose remédie à la fois à l'un et à l'autre, la question est de savoir si les mêmes difficultés existent déjà chez l'enfant et sinon, à quelle époque elles apparaissent. Les recherches de Lannelongue et de Thorens ont appris que les altérations squelettiques peuvent déjà être indiquées sur le pied bot du nouveau-né. Elles s'accentuent surtout à partir du moment où l'enfant commence à marcher.

problème thérapeutique serait facile si les lésions os-
s répondaient toujours au degré de la difformité. Or,
des pieds déformés dans lesquels la rétraction pré-
est pour ainsi dire nulle et où tout l'obstacle vient
s et des téguments. Il en est d'autres également très
ncés avec des os à peine déformés. Dans ces derniers,
opédie peut tout. Existe-t il des déformations squel-
ues chez le jeune enfant, elles sont remédiables. Il ne
avoir quelque difficulté qu'à partir du moment où la
mation atteint le noyau d'ossification, ce qui pour l'as-
le a lieu, d'après Farabeuf, à partir de 3 ans. Les
tions ne sont plus les mêmes une fois que les su-
ttions astragalienne et médio-tarsienne s'établissent.
n'avons aucune donnée précise sur le moment où
ductibilité de l'astragale se prononce, mais celle de la
xation médio-tarsienne est nettement indiquée par les
s que la tête abandonnée de l'astragale et le bord
ne de la grande apophyse du calcaneum font sur la
lorso-externe du pied bot. A partir de ce moment, l'in-
intion sur le squelette est indiquée pour remédier au
s. L'importance de la correction absolue de l'équinisme
mande l'astragalectomie quand, après section du ten-
l'Achille sous le chloroforme, on n'arrive pas à faire
ndre le talon et placer le pied à angle droit sur la
e. Puis on fait la résection de la grande apophyse du
neum. La combinaison des deux opérations constitue
sectomie postérieure cunéiforme.
gravité de l'opération est nulle. La simplicité de la
son est aujourd'hui la règle. La correction complète et
diate de la difformité a toujours été obtenue. Quant
ésultats définitifs, ils sont très satisfaisants. La cor-
n absolue s'est maintenue sur 10 pieds. Les insuccès
chez 3 opérés sont dus à des circonstances excep-
elles.
l'équinisme et le varus sont restés corrigés, les condi-
de la station et de la marche sont très satisfaisantes et
ation n'a eu comme conséquence qu'un retard minime
accroissement ultérieur du pied. En résumé, dans les
équins rebelles, quand les méthodes de redressement
nt pas applicables, c'est à l'extirpation de l'astragale
résection de la grande apophyse du calcanéum qu'il
avoir recours. (*A suivre*).

NOUVELLES

culté de médecine de Paris. — M. le docteur Lamy
nommé chef de laboratoire de clinique chirurgicale à
el-Dieu.

le docteur Castex est chargé d'un cours complémen-
de clinique des maladies du larynx, du nez et des
es.

pitaux de Paris. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. —
s questions suivantes ont été données :

atomie : *Veines superficielles du membre supérieur.*
tère humérale et ses branches. — Configuration exté-
e et rapports de la vessie chez l'homme. — Muscles
isseurs communs des doigts. — Configuration exté-
e et rapports des reins.

thologie : *Symptômes et diagnostic de la paralysie du*
radial. — Examen clinique des urines. — Signes
physiques de la pleurésie avec épanchement. — Fracture de la rotule. — Chloroformisation et ses accidents. — Hémoptysies. — Signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 16 octobre 1896, M. Munschina, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Sfax, a été désigné pour le 4e spahis, par permutation avec M. Guégan, médecin-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 21 octobre 1896, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins principaux de première classe Mutin, pour occuper les fonctions de directeur du service de santé du 5e corps d'armée; Rouflay, pour occuper les fonctions de directeur du service de santé de la division d'Oran; M. le médecin principal de deuxième classe Lepage, pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger (médecin-chef).

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 20 octobre 1896 :

ARTICLE PREMIER. — Les cadres réglementaires du personnel du corps militaire de santé des colonies sont fixés ainsi qu'il suit : 1 médecin-inspecteur de première classe; — 1 médecin-inspecteur de deuxième classe; — 6 médecins en chef de première classe; — 9 médecins en chef de deuxième classe; — 23 médecins principaux; — 70 médecins de première classe; — 93 médecins de deuxième classe; — 1 pharmacien en chef de première classe; — 1 pharmacien en chef de deuxième classe; — 3 pharmaciens principaux: — 12 pharmaciens de première classe; — 21 pharmaciens de deuxième classe. — Total 241.

ART. 2. — Le personnel médical affecté soit aux pénitenciers, soit aux services payés par les budgets locaux, comprend : 1° des officiers du corps visé à l'article 1er, ou empruntés, à titre exceptionnel, à un autre corps de santé militaire, et placés hors cadres; 2° des médecins civils.

Les uns et les autres seront placés sous l'autorité directe des chefs de service à la disposition desquels ils auront été mis.

ART. 3. — Les médecins du corps militaire de santé des colonies, détachés hors cadres dans la position visée à l'article précédent, conserveront leurs droits à l'avancement.

ART. 4. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions contraires au présent décret.

Par décret, en date du 24 octobre 1896, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe des colonies Garnier et Gouzien.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe des colonies Doucet.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1897 dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif et l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police. Le lundi 7 décembre 1896, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en médecine vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1897.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours

devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, du lundi 9 au samedi 21 novembre 1896 inclusivement.

Le choléra en Egypte. — Les bulletins officiels de santé constatent que l'Egypte est maintenant absulument libre de choléra.

Prophylaxie de la tuberculose. — Le Collège médical de Hambourg vient de publier, sous forme d'une petite feuille qui est distribuée gratuitement, une instruction populaire, pour éviter la tuberculose. Il nous a semblé intéressant de la reproduire :

4° La tuberculose fait mourir chaque année plus d'individus que toute autre maladie ; à Hambourg ses victimes dépassent chaque année le chiffre de 1500. Il n'est pas de maladie qui nuise plus aux forces et à la prospérité du peuple.

2° Cette affection frappe le plus souvent les poumons. Mais elle peut atteindre encore d'autres organes et en particulier les glandes, les os, les articulations Ces différentes formes de la tuberculose peuvent se compliquer ultérieurement de phtisie pulmonaire.

3° La maladie est contractée par l'homme sain de deux façon principales, par l'expectoration d'individus atteints de tuberculose pulmonaire (phtisie pulmonaire) et par le lait des vaches tuberculeuses.

Après l'introduction du germe de la maladie, il se passe des mois, quelquefois des années avant que se manifestent les conséquences de la contagion.

4° La contagion par l'expectoration peut avoir lieu directement par la toux. Bien plus souvent l'expectoration contagionne de la façon suivante : projetée sur le sol, les murs, les mouchoirs, les vêtements, les meubles, elle sèche, se réduit en poussière qui est respirée par les individus bien portants.

Les enfants sont particulièrement exposés au danger, non seulement parce que la réceptivité pour la maladie est très grande à leur âge, mais parce que, jouant souvent par terre et habitués à porter à leur bouche leurs mains sales et leurs jouets, ils ont plus facilement contact avec l'expectoration réduite en poussière.

La réceptivité s'accroît quand l'organisme est affaibli par une cause quelconque (accouchement, maladie et chez les enfants en particulier pendant la rougeole et la coqueluche.

Les germes de la maladie peuvent pénétrer chez les gens sains par toutes les petites plaies (éruptions humides de la peau, écorchures dues à la présence de parasites, dents malades).

5° Pour diminuer la contagion par l'expectoration, il est nécessaire que tout individu atteint de toux place sa main devant sa bouche quand il tousse, et qu'il ait soin de cracher dans un crachoir ou un vase spécialement destiné à cet usage.

Les gens bien portants qui ont à s'occuper de personnes atteintes de la poitrine doivent veiller à ce que cette prescription soit exactement remplie.

Tout tuberculeux qui manque à la prescription précédente compromet la santé de son prochain et surtout celle de sa famille qui habite avec lui.

Un phtisique qui exécute soigneusement cette prescrip n'est pas dangereux pour son entourage.

6° Il est à recommander de placer des crachoirs tous les locaux où il vient beaucoup de monde ; ils nécessaires partout où se trouvent des tuberculeux.

Pour remplir les crachoirs on se servira de préféren sciure de bois humide, de ouate de bois, de tourbe encore d'eau.

Le contenu des crachoirs doit être souvent renouv on le brûlera si possible, mais on ne le jettera jamais les balayures. Les crachoirs remplis d'eau seront vidés cabinets.

7° Les vêtements, linges et effets souillés par l'expec tion des phtisiques doivent être soigneusements la le mieux est de les faire bouillir ou de les désinfecter.

8° Dans les locaux où se tiennent des phtisiques, il maintenir une propreté rigoureuse, une aération larg faire pénétrer le soleil autant que possible ; en partic on combattra la poussière en essuyant fréquemment un linge humide.

Les locaux où des phtisiques ont longtemps vécu ou morts, doivent être désinfectés.

On ne doit pas s'emménager dans un appartemen vient d'habiter un phtisique avant qu'il soit désinfect

(Les désinfections sont faites par le service de I moyennant une taxe modérée fixée par un tarif. Elles gratuites quand elles sont faites sur la demande d'un cin des pauvres ; dans les autres cas, les officiers de p peuvent après constatation de l'indigence, diminuer la ou la supprimer. Les demandes de désinfection sont r dans tous les postes de police).

9° Les phtisiques ne doivent pas partager le lit d vidus bien portants ; les enfants doivent être éloignés chambre des phtisiques.

Si des phtisiques ont à manier des produits al taires ou des vêtements, si des phtisiques viver bituellement avec des gens sains (dans les écoles reaux, ateliers, fabriques), les directeurs de ces mai écoles, bureaux, ateliers, doivent leur imposer manière spéciale l'observation de la prescription ragraphe V et veiller à une stricte propreté.

10° Les femmes tuberculeuses ne doivent pas a d'enfants.

11° La tuberculose des bovidés est une maladie tr pandue aux environs de Hambourg ; elle est souven cile à reconnaître. Comme les germes de la maladie p souvent dans le lait des vaches, il faut faire bouillir lait avant de le consommer.

12° On peut d'autant plus espérer le rétablisseme tuberculeux qu'ils se sont soumis plus tôt au trait médical (*Münch. med. Wochen.*, n° 37 et *Bull. méd.*)

La durée de la vie des animaux. — L'ours et le vivent rarement plus de 20 ans ; le renard de 10 à 1 es lions vivent plus vieux ; un lion du Jardin zoolo de Londres atteignit 60 ans ; les écureuils et les l vivent 8 ans. — Il est prouvé que des éléphants ont 400 ans. Quand Alexandre le Grand eut vaincu P consacra au soleil un de ces animaux qui avait coura ment combattu et lui donna le nom d'Ajax, il le rend liberté après l'avoir pourvu d'une marque distinctiv 350 ans après on retrouva l'animal. Les rhinocé vivent que 22 ans ; le faisan et la poule ne dépasser

ns ; la baleine vit 1.000 ans ; les dauphins et les espa- 30 ans ; les cochons de 8 à 10 ans. Les perroquets vent à un âge avancé : à Florence on a vu un de oiseaux de plus de 110 ans et qui était dans la même ille depuis trois générations. La chèvre et la brebis ne assent pas quinze ans ; les pélicans vivent jusqu'à 100 Les bœufs qui échappent à la boucherie ont bien de la ue à atteindre 35 ans. Le cheval ne dépasse pas 35 ans ; e ne va pas plus loin. Un chien de 20 à 25 ans est assez . Le cha de 15 ans ne peut aller plus loin. A Vienne, t mort un aigle de 103 ans. Le chardonneret et le moi- a peuvent atteindre 15 ans. Le corbeau, dit-on, peut asser 100 ans.

La maison de Bichat. — Le bourg de Thoirette, pays al de Bichat, se compose aujourd'hui de deux parties : oirette-le-Port, de création relativement récente, et oirette-en-Haut ou Thoirette-le-Vieux, qui existait seul naissance de Bichat. La première partie du village, bitée par des fonctionnaires et des marchands, se com- e d'une unique rue parallèle au cours de l'Ain, qui se à une toute petite distance au-dessous. Les agricul- rs habitent plus haut, au vieux Thoirette. Pour se dre dans ce hameau, on prend une route montante, par- t du milieu et perpendiculaire à la rue du Port. On asse d'abord l'église entourée de son humble cimetière quelques centaines de mètres plus haut, les habitations montrent de chaque côté de la route. Les maisons sont sses, laides, d'aspect misérable. Les paysans assis sur portes, au regard doux et bienveillant, sont prêts à vous nner tous les renseignements possibles, avec une amabi- inépuisable. Il y avait à craindre que la mémoire de chat n'eût laissé aucun souvenir dans le pays ; il n'en heureusement rien et nos craintes sont vaines : le nom Bichat est très connu dans ces montagnes et Thoirette t toujours fière de son glorieux enfant.

La rue débouche enfin sur une place spacieuse plantée noyers, à l'ombre desquels Bichat a dû jouer étant en- nt. Au centre, une fontaine laisse couler une eau pure, aîche et limpide. La maison que nous cherchons ne se ontre pas encore à nos yeux ; mais notre hésitation est urte, et à notre demande, le renseignement désiré ne se it point attendre. Nous prenons une rue à pente très pide et la dernière maison du village est précisément celle ui est l'objet de notre pèlerinage.

C'est une habitation bien pauvre et d'aspect peut-être ncore plus misérable que les autres. Au-dessus de la mo- este porte d'entrée, une plaque en marbre noir, très com- un, porte l'inscription suivante :

ICI
NAQUIT BICHAT
LE XII NOVEMBRE MDCCLXXI
SOCIÉTÉ D'ÉMULATION DU JURA 1833

La maison, bâtie sur un terrain fortement en pente et à n seul étage, basse déjà du côté inférieur du terrain, est à eine à hauteur d'homme de l'autre côté ; elle porte à la artie supérieure les traces d'une réparation récente faite ar le propriétaire ; nous n'avons pu voir ce dernier ni vi- iter l'intérieur de la demeure.

Du seuil de la maison, le paysage est vraiment admira- le. Au travers et au-dessus d'un rideau de noyers, on perçoit les superbes montagnes du Jura, couvertes de hê- tres et de sapins, les méandres de la rivière d'Ain se dé roulent au loin et, presque au-dessus de nos têtes, une énorme montagne se dresse, hérissée de rochers sauvages : de ci, de là quelques vignes se montrent. Le bas de la montagne est couvert de prairies, et de nombreux noyers centenaires donnent leur ombre en abondance. Tel est le paysage qui frappait, il y a plus d'un siècle, les regards du jeune Bichat, et n'est-il pas permis de supposer que la vue de ce tableau, si sévère en hiver, si joyeux et si riant, mais toujours grandiose en été, n'ait eu quelque influence sur les idées théoriques qui dominent l'œuvre du grand anatomiste.

Nous pensons donc aux forces vitales que Bichat croyait nécessaires pour expliquer les fonctions des êtres organisés. Sans doute la science a fait de grands progrès depuis le commencement de ce siècle, et la métaphysique des causes perd de plus en plus de terrain, mais faut-il blâmer ce grand esprit d'avoir défendu de nobles illusions ? Et nous pensons aussi à cette vie si courte, si bien remplie ; à ce jeune homme impitoyablement fauché en pleine gloire et ravi en quelques jours à l'affection des siens, à la reconnaissance de ses compatriotes et à l'admiration de ses élèves et de ses amis.

C'est en proie à ces réflexions que nous quittons le seuil de ce modeste logis. (*Revue Scientifique*).

L'exercice de la médecine par les femmes en Autriche. — En Autriche, comme en Allemagne, les femmes ne sont pas admises à s'inscrire dans les Facultés de médecine Le ministre de l'instruction publique et des cultes d'Autriche vient de déterminer à quelles conditions les femmes possédant un diplôme étranger de docteur en médecine seraient admises à bénéficier de la *nostrification*, c'est-à-dire de l'équivalence. La candidate à laquelle on accordera l'équivalence sur les conclusions du collège des professeurs de l'Université autrichienne subira les épreuves théoriques et pratiques que subissent les candidats hommes au diplôme de docteur, les épreuves préliminaires d'histoire naturelle exceptées. Ce n'est qu'en cas de succès qu'elle obtiendra le diplôme de docteur autrichien.

Tuberculose et promesse de mariage. — Le jury du banc de la Reine n'a pas été sans un peu d'hésitation devant le cas suivant où il a fallu apprécier des théories médicales et bactériologiques. Un certain docteur Sweil avait promis le mariage à miss Frond, mais peu après il se retirait, non pas chassé par la crainte d'une future belle-mère, mais au contraire parce que la jeune miss avait perdu sa mère de tuberculose, et parce qu'il ne voulait pas charger de cette lourde hérédité sa progéniture à venir. D'où procès en rupture de promesse de mariage, cas qui n'est pas rare en Angleterre. Miss Frond a obtenu du juge une somme de 1,000 livres (25,000 fr.) comme dommages-intérêts. Si le docteur est satisfait d'avoir épargné la tuberculose à ses hypothétiques rejetons, il doit cependant trouver que c'est un peu cher. (*Lyon médical.*)

Journaux de médecine. — Nous recevons les premiers numéros de la *Ungarische Medizinische Presse*, journal hebdomadaire paraissant à Budapest sous la direction du Dr Edmond Tuszkai Nous lui souhaitons la bienvenue.

— Nous recevons le premier numéro de la *Wissenschaftlich-technische Mittheilungen* aus dem medicinischen Waarenhause journal mensuel paraissant à Berlin.

Association de la presse médicale. — *La fête du cinquantenaire de l'anesthésie.* Par suite de l'impossibilité absolue d'organiser pour le 16 octobre, date précise de la découverte, la cérémonie du cinquantenaire de l'anesthésie, en raison des vacances et plus particulièrement des fêtes données en l'honneur du Tsar, la commission, dans sa dernière réunion, a décidé de la reculer au lundi gras. — Un avis ultérieur, qui paraîtra sous peu, donnera des détails circonstanciés sur le programme adopté définitivement. *Le secrétaire général*, Marcel BAUDOUIN.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique, à l'Hôtel Dieu le lundi 9 novembre 1896, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique et opérations à 10 heures. — Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le mercredi 11 novembre 1896, à 9 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

I.—**Cours de médecine légale pratique à la Morgue** — Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le mercredi 4 novembre 1896, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure..

Ordre du cours. — Les mercredis : M. le professeur Brouardel.

Les vendredis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. — *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquée à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 7 novembre 1886, les mardis, jeudis et samedis.

Ordre du cours. — Les jeudis, à 4 heures : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de Médecine légale.

Les mardis, à 3 heures : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les samedis, à 3 heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. — *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences.* — Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée après inscription au secrétariat de la Faculté :

1° MM. les docteurs en médecine ;

2° MM. les Etudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique

Maladies du système nerveux. — M. le professeur RAYMOND commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le mardi 17 novembre 1896, à 10 h. matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les dredis et mardis suivants à la même heure.

Programme d'enseignement. — Lundis, 10 h. 1/2. — méiologie des maladies du système nerveux : MM. le J. Charcot et Souques.

Mardi, 10 h. — Policlinique : M. le professeur Raym

Mercredi, 10 h. 1/2. — Histologie normale et patho que du système nerveux : M. le Dr Philippe.

Jeudi, 10 h. 1/2. — Electrodiagnostic et Electrothéra M. le Dr Huet.

Vendredi, 10 h. — Leçon de clinique : M. le profes Raymond.

Samedi, 10 h. 1/2. — Alternativement : Psychologie nique : M. le Dr Janet. — Examen des oreilles, du la et des yeux : MM. les Drs Gellé, Cartaz et Sauvineau.

Hôpitaux de Paris. — AMPHITHÉATRE D'ANATO (année 1896-1397. — Saison d'hiver. MM. les élèves inte et externes des Hopitaux et Hospices sont prévenus qu travaux anatomiques commenceront le lundi 9 nove 1896.

Des conférences sur l'histologie normale et patholog seront faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboraioi

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessa aux recherches histologiques seront mis gratuitement disposition de MM. les élèves par l'administration de l' sistance publique.

Bactériologie médicale. — Un cours pratique de Ba riologie médicale commencera le mardi 3 novembre 1 à 2 h., au Lab. de M. le prof. Cornil, sous la direction M. le Dr Chantemesse.

Se faire inscrire au Laboratoire, près de M. le Dr sançon. (Ecole pratique.)

Cours pratique d'Ophtalmologie. — M. le Dr A. Ter chef de clinique, recommencera le samedi 14 novembr l'Hôtel Dieu, à 5 heures, des conférences pratiques *Ophtalmoscopie* (avec malades) ; 2° *Chirurgie oculaire* (a exercices par les élèves).

M. Mermet, chef du laboratoire, commencera le lund novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférence pra ques ; 1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil et annexes (pièces et technique histologique), 2° *Bactériolo clinique* de l'œil.

Les cours auront lieu, le premier, les mardis, jeudis, medis, à 5 h., le second, les lundis, mercredis vendredis, même heure, et dureront six semaines.

S'inscrire d'avance, *tous les matins*, à la clinique opht mologique de l'Hôtel-Dieu.

La statue du Dr Maillot. — La cérémonie d'inaugu tion de la statue élevée à Briey au Dr Maillot, ancien sident du conseil de santé des armées, a eu lieu le dim che 18 octobre.

Hôtel-Dieu. — M. le prof. Dieulafoy commencera s cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâ Trousseau) le samedi 14 novembre à 10 heures, et le c inuera les mercredis suivants à 9 h. 1/2, et les same uivants à 10 heures.

Hôpital international. — M. le docteur Péan reprend à l'Hôpital international, 11, rue de la Santé, des leço

niques et les opérations de la chirurgie générale, samedi novembre, de neuf heures à midi, et les continuera les nedis suivants.

Les opérations gynécologiques auront lieu les lundis et ercredis, à neuf heures et demie.

École française d'orthopédie et de massage. — Le Dr aul Archambaud reprendra ses cours, le mercredi 11 nombre, à six heures du soir, et les continuera le mercredi chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les ndi, mercredi et vendredi, de 4 à 6 heures, rue Cujas, 21. es docteurs en médecine français sont admis gratuitement ces cours ainsi qu'aux démonstrations qui ont lieu aux eures de consultation.

Cours clinique d'hydrothérapie. — M. le Dr Verrier, recteur de l'Institut hydrothérapique de Passy, commencera son cours d'hydrothérapie appliquée aux maladies hroniques et nerveuses, le jeudi 19 novembre, à 2 heures, à *l'École française d'orthopédie et de massage*, 21, rue Cujas, le continuera les jeudis suivants à la même heure.

MM. les élèves seront exercés aux différentes formes de ouches, 15, rue Méchain (derrière l'hôpital Cochin), de 9 10 heures du matin.

On s'inscrit, 21 rue Cujas; les mardis, jeudis et samedis e 2 à 4 heures. Les leçons théoriques sont gratuites.

La mortalité à Paris. — Pendant la 44e semaine, du 25 u 31 octobre 1896, le service de la statistique a compté 44 décès au lieu de 852 et de la moyenne 833.

Les maladies épidémiques continuent à être rares (18 au u lieu de 15 et de la moyenne 37), la fièvre typhoïde a causé 2 décès au lieu de 4 et de la moyenne 11; la rougeole 3 décès u lieu de 1 et de la moyenne 4; la scarlatine 3 au lieu de et de la moyenne 2; la coqueluche 3 au lieu de 3 et de la noyenne 5; la diphtérie 4 au lieu de 6 et de la moyenne 13.

Il n'y a pas eu de décès par variole et par typhus.

On a signalé 3 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 34 décès au-dessous de 1 an au lieu de 38 et de la moyenne 56.

En outre 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 80 décès (au lieu de 79 pendant la semaine précédente et au lieu de 81, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 11); bronchite chronique, 22 décès (au lieu de la moyenne 25); broncho-pneumonie, 23 décès (au lieu de la moyenne 11); pneumonie, 23 décès (au lieu de la moyenne 30). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 32 décès, dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 168 décès au lieu de la moyenne 181; la méningite tuberculeuse, 14 décès; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 33 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 67 décès, et les maladies organiques du cœur, 70; le cancer a fait périr 57 personnes. Enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 12 suicides, et 13 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 364 mariages.

On a enregistré la naissance de 1041 enfants vivants (538 garçons et 503 filles), dont 755 légitimes et 286 illégitimes. Parmi ces derniers, 42 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 358 enfants, dont 17 seront placés à Paris, Parmi ces enfants, 94 seront nourris au sein et 264 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 79 morts-nés (dont 52 légitimes et 27 illégitimes).

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Excursions organisées avec le concours de la Société des « Voyages Economiques. »

1° Syrie, Palestine et Basse-Egypte, du 10 novembre au 15 décembre 1896. Prix : 1re cl., 2.100 fr.; 2e cl., 1.950 fr.

2° Syrie, Palestine, Le Nil jusqu'à la première cataracte, du 10 novembre 1896 au 6 janvier 1897. Prix 1re cl., 3,150 fr.; 2e cl., 2 950. fr.

3° Egypte jusqu'à la première cataracte du Nil, du 1er décembre 1896 au 6 janvier 1897. Prix : 1re cl., 2.100 fr.; 2e cl., 1.950 fr.

Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer, le transport en voitures et bateaux, le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de la Société des Voyages Economiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des Voyages Economiques, 17, rue du Faubourg Montmartre et 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M et dans les bureaux succursales de cette Compagnie, à Paris.

Nécrologie. — Le Dr BOULLAND, de Paris, reçu en 1888. — Le Dr NASSANS (Alexandre), reçu en 1850, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Toulouse, décédé à Vieille-Auro (Hautes-Pyrénées) — Le Dr TANNER, le jeûneur bien connu, mort dans un incendie à Cleveland (Ohio). — Le Dr DUCASSÉ, de Reugny (Indre-et-Loire). — Le Dr MOYETTAZ, de Thônes (Haute-Savoie). — Le Dr MOURAUD, médecin de la Cie P.-L. M., à Lyon, décédé à l'âge de 66 ans.

Les funérailles de Victor HANOT ont eu lieu samedi matin au milieu d'une affluence considérable. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe. Voici celui de M. Gilbert, agrégé de la Faculté.

Au nom de la Faculté, au nom de ses amis et de ses élèves, j'adresse au bien cher maître que j'ai perdu un dernier adieu!

A l'unanimité M. Hanot allait être nommé professeur; il touchait ainsi à la réalisation du plus cher de ses rêves et nous avions formé le projet de fêter bientôt son élection..... A quel triste banquet ne nous a-t-il pas inopinément conviés!

Ses épaules n'auront donc point porté la robe rouge, mais son nom vivra dans la suite des temps.

A une époque où parmi les plus réputés et les plus heureux beaucoup n'ont pu que glaner dans le champ de la médecine, il a su, lui, y faire une moisson abondante. Ses découvertes en pathologie hépatique sont de celles qui ont projeté le plus loin l'éclat de la science française; elles ne laisseront pas périr sa mémoire!

Le chercheur avide qu'était le maître que nous pleurons, impatient de savoir et de publier — comme s'il avait pressenti la courte mesure de vie que le Destin lui réservait — était doublé d'un professeur incomparable.

A l'hôpital surtout, au lit des malades, dont il était aimé comme un père, dans la causerie familière de la visite quo-

tidienne, il montrait toutes les ressources de sa langue vibrante et imagée. Son discours, semé de citations empruntées aux vieux maîtres de la médecine, scintillait d'expressions colorées et originales qui, comme autant de flèches, s'enfonçaient dans le souvenir de ses auditeurs. Sur tel ou tel thème pathologique, il se complaisait à moduler des variations infinies ; un charme intense et captivant s'épendait autour de lui et au milieu d'un grand silence il ne se lassait pas de parler et nul ne se lassait de l'entendre !

Hélas, elle est à jamais glacée, cette bouche ardente à laquelle doivent leur instruction tant de générations médicales !

Il a cessé de battre pour toujours, ce cœur viril, mais souffrant et tourmenté, d'homme puissant mais modeste et inquiet, admirateur fervent du génie des autres, mais contempteur du sien propre, ce cœur violemment épris de science, mais ignorant des réalités de la vie qui le trouvèrent sans défense et qui l'ont brisé.

La mort de Hanot, unanimement déplorée par les professeurs, les agrégés et les élèves de la Faculté, est pour ses amis un malheur irréparable. »

M. Zadoc Khaln, son interne actuel, a ensuite prononcé au nom de ses internes le discours suivant :

« Au nom des élèves de son service, le dernier des internes du Dr Hanot, adresse au maître bien aimé le suprême et douloureux adieu.

Sa mort est venue frapper d'un coup terrible tous ceux qui l'approchaient. Mais nous qui vivions en contact journalier avec lui, nous qu'il ne dédaignait pas de faire souvent les confidents de ses pensées, le dépositaire de ses espérances, les collaborateurs de ses travaux, nous ressentons plus vivement encore cette perte immense. Il semble qu'elle nous touche de plus près, car là-bas, dans cet hôpital Saint-Antoine où il se trouvait si heureux, nous formions une véritable famille. Il était pour nous plus qu'un chef, il était aussi un ami, un guide, un soutien. Nous l'aimions et il nous aimait.

Nous l'aimions pour sa bonté, pour sa bienveillance extrême qu'il essayait parfois, bien en vain, de cacher sous un accueil un peu rude, mais dans lequel perçait, malgré lui, l'affection ; nous l'aimions pour son enseignement qu'il savait mettre à la portée des plus humbles comme des plus avancés de ses élèves ; nous l'aimions pour les exemples qu'il nous donnait de dignité et de dévouement professionnels. Les élèves qui le quittaient n'aspiraient qu'à le retrouver, le stagiaire devenait son externe, l'externe voulait le compter comme son maître d'internat.

Lui aussi nous aimait. C'était un bonheur pour lui de se sentir dans son service, et la visite passée, il cessait d'être professeur, le maître se transformait en quelque sorte en camarade. Il s'inquiétait de nos travaux, prenait part à nos efforts et à nos soucis. Il trouvait toujours le mot qui encourage, la parole qui réconforte. Il s'oubliait là, avec nous, dans des causeries charmantes et prolongées qu'il semblait interrompre avec peine. On eut dit qu'il ne pouvait s'arracher à ce milieu d'élèves qui l'affectionnaient tant et auxquels il témoigna souvent son amitié par des preuves que sa modestie s'offenserait de nous voir rappeler.

Si une pensée dans ce malheur peut atténuer l'intensité de notre douleur; c'est la certitude de savoir sa mémoire impérissable, non seulement par ses travaux, mais par ses vertus d'homme vraiment bon et souverainement honnête. Vos exemples, cher maître, resteront vivants dans notre souvenir, et pour bien faire nous n'aurons qu'à les évoquer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr Adrien Pozzi, professeur à l'École de Médecine de Reims, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1 volume in-18 de 474 pages, cart. à l'anglaise, avec 138 grav. dans le texte, 4 fr. — Félix Alcan éditeur.)

L'Homme. — *Etude de mécanique physiologique*, par le Dr Mora, chez L. Battaille et Cie. Place de l'Ecole-de-Médecine, 23, 1 vol. 7 fr. 50.

Conférence de gynecologie. — Le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux, a repris à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, ses entretiens cliniques de gynécologie, le samedi 24 octobre à 2 heures de l'après-midi et les continuera les mardi et samedi à la même heure.

Se faire inscrire les mardi, jeudi et samedi de 2 heures à 3. (Ces conférences sont publiques et gratuites.)

Du service médical dans les travaux de construction une campagne en Macédoine (1893-1895), par le Dr Bartr de Sandford. In-8° raisin de 228 pages, avec planches graphiques — Prix 7 fr. 50. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et rue de l'Ecole de Médecine Paris.

Manuel du micro-cope à l'usage du débutant, par le Dr Albert Miquet, Membre de la Société de Thérapeutique de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, de la Société d'Hygiène de l'Enfance. In-16 jésus de 56 pages avec 17 figures. — Prix : 1 fr 50. — Société d Editions scientifiques 4, rue Antoine Dubois et rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing*. - Pepsine et Diastase
ALIMENT DES ENFANTS - Phosphatine Falières.
CONSTIPATION - Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRONIER. — Phosphoglycérate de chaux pur

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 50 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvre. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie. Diabète. Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PASTILLES bi-borat de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centig à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A Chevalereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.